Über die neueren Vorschläge
zur Stadieneinteilung der Lungentuberkulose

Lane Medical Library
Stanford University Aug 1 1922

AUSZUG

AUS DER

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

VORGELEGT

VON

RICHARD MICHEL

APPROB. ARZT

AUS QUERFURT

PROMOVIERT 14. DEZEMBER 1920

HALLE (SAALE)

DRUCK VON KARRAS, KRÖBER & NIETSCHMANN

1921

Die Turban-Gerhardtsche Stadieneinteilung der Lungentuberkulose, durch ihre Anerkennung vom Reichs-Gesundheitsamt wie von militärärztlicher Seite in den letzten Jahren fast allgemein gebräuchlich, kann den heutigen Ansprüchen in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht nicht mehr genügen. Auf Anregung von Herrn Prof. Dr. Winternitz hat der Verf., bewogen durch den Mangel an einer brauchbaren Einteilung während seiner ärztlichen Tätigkeit an Res.-Laz. Heilstätte Schielo, die neueren Vorschläge hierzu auf ihre Brauchbarkeit besonders für den Praktiker hin untersucht.

Von den älteren Einteilungen, die zumeist nur „Stadien" aufwiesen, leitet zu den neueren über die Klassifizierung von L. Bard, weiter modifiziert von Piéry, die als erste den klinischen und pathologisch-anatomischen Befund zugleich berücksichtigten. Die Turbansche Stadieneinteilung, die infolge Annahme durch die Internationale Tuberkulosekonferenz zuerst allgemeine Gültigkeit fand, baut sich im wesentlichen auf die räumliche Ausdehnung des Prozesses auf. Sie ist leichtverständlich und zu rascher Orientierung geeignet, versagt dagegen bezüglich der Prognose infolge Fehlens einer pathologisch-anatomischen Grundlage. Eine Scheidung in ein primäres, sekundäres und tertiäres Stadium gab uns Petruschky, später ähnlich Behring, Römer, neuerdings Hamburger und Pirquet. K. E. Ranke betrachtet die Tuberkulose als Infektionskrankheit in ihrem Verlauf und teilt nach Immunisationsperioden ein: I. isolierter Primärkomplex; II. Generalisationsstadium und III. isolierte Phthise. Hiermit eröffnet er ein weites Feld für die Forschung, praktisch verwertbar ist seine Einteilung aber heute noch nicht. Die Grundlage für die meisten neueren Versuche ist das Schema von Fraenkel und Albrecht, die damit Typen der verschiedenen patho-

logischen Formen schufen und zwar: I. die indurierenden, zirrhotischen, II. die knotigen, III. die käsig-pneumonischen Prozesse, die außerdem nach ihrer Ausdehnung sich noch prognostisch unterscheiden und daher schon mehr den Bedürfnissen des Praktikers entsprechen. In Anlehnung hieran entstand die Einteilung von Schut. Auf Fraenkel-Albrecht baut auch Nicol seine Klassifizierung auf, der den Ausgangspunkt für verschiedene Formen im „Lungenazinus“ sieht und daher die azinos-nodöse Form von der käsigen Bronchitis und käsig-nodösen Pneumonie unterscheidet. Seine Einteilung, die sich noch nach Art des gröberen Aufbaues, der Infektionsperioden, des Reaktionszustandes und der Entwicklungsstadien gliedert, erscheint zu kompliziert. Das gleiche gilt von Aschoffs Klassifizierung, die nach Orth exsudative und produktive Prozesse unterscheidet. Ebenso hat Ribberts Einfügung einer granulierend-exsudativen Form in die zirrhotischen und exsudativen Prozesse Fraenkels keine Bedeutung für den Praktiker. Kraus und de la Camp befürworten eine Verschmelzung von Aschoffs und Fraenkel-Albrechts Schema. Aus praktischer Erfahrung heraus entstand Bacmeisters Einteilung, die zugleich den klinischen Verlauf, den pathologisch-anatomischen Grundcharakter, das Vorhandensein von Tuberkelbazillen und die Lokalisation des Prozesses berücksichtigt in folgenden Gruppen:

I.	II.	III.	IV.
progrediente	indurierende	offene	Tub. in recht. Spitze
stationäre	disseminierte	geschlossene	od. link. Hilus
zur Latenz neigende	pneumonische		Oberlappen
latente	bronchopneum. / lobulärpneum.		Mittellappen
			Unterlappen

Die Vorschläge von Paweletz und E. Fraenkel, die an Aschoff-Nicol und Fraenkel-Albrecht anknüpfen, ferner Gerhärtz' Einteilung nach der Verschiedenartigkeit des Roentgenbildes lassen die Einheitlichkeit der Benennungen vermissen und erscheinen z. T. zu kompliziert.

Das Ideal der Stadieneinteilung ist bisher nicht gefunden. Sie muß den klinischen Verlauf, die pathologisch-anatomische Form, die räumliche Ausdehnung, die Infektiosität berücksichtigen und beim Weiterausbau der Immunitätsforschung

einen Hinweis auf die biologische Reaktion enthalten. Sie muß klar und übersichtlich und ihre Benennungen im Hinblick auf nichtärztliche Statistiken leichtverständlich sein. Das Bacmeistersche Schema erscheint vorläufig am meisten für den praktischen Gebrauch geeignet unter Abänderung der Benennung der Gruppe II. Verf. schlägt folgende Namengebung vor:

I. zirrhotische, II. knotige, III. käsig-exsudative Form
a) bronchopneumonisch
b) lobärpneumonisch.

Die Miliartuberkulose steht als akute Erkrankung außerhalb des Schemas. Zum Schluß fordert Verf. Beobachtung über eine gewisse Zeit vor Einreihung eines Falles in das Schema, und gibt eine Schilderung der klinischen Symptome einschließlich des Roentgenbefundes der einzelnen Formen. Durch dieses Schema erhofft er eine genauere Abgrenzung als bei den bisherigen Einteilungen bezüglich der therapeutischen Maßnahmen sowie der Behandlungsfähigkeit, des Pflegebedürfnisses, des Grades der Erwerbsfähigkeit. Zur Lösung dieser Fragen bedarf es auch weiterhin der Zusammenarbeit von Klinikern und Pathologen.